



DR. MED. DENT.  
KATHRIN FALKENSTEIN

LINGUALE ORTHODONTIE  
DIE UNSICHTBARE  
ZAHNKORREKTUR  
WWW.DR-FALKENSTEIN.DE

## PATIENTEN AUFNAHMEBOGEN

Herzlich willkommen in unserer Praxis!  
Bevor wir uns in Ruhe über Ihre kieferorthopädischen Wünsche unterhalten, benötige ich neben Ihren Personalien auch detaillierte Auskünfte über Ihren, bzw. Ihres Kindes allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist Voraussetzung für eine optimale und risikofreie Behandlung. Bitte füllen Sie den Patientenaufnahmebogen so genau wie möglich aus.

PRÜFENINGER SCHLOBSTR. 2  
93051 REGENSBURG  
TEL: 09 41 - 54 218  
FAX: 09 41 - 56 64 32  
nicebice@aol.com

## PERSONALIEN

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber / Tel.: \_\_\_\_\_ Beruf d. Versicherten: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Name d. Hauszahnarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Wurden Sie überwiesen?  Ja  Nein

Name d. Hausarztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## STATUS

- Grund des Besuches \_\_\_\_\_
- Wurde der Patient schon einmal kieferorthopädisch behandelt oder wurden Unterlagen für eine kieferorthopädische Behandlung erstellt?  Ja  Nein
- Wenn Ja, wo? \_\_\_\_\_
- Wann bekam der Patient seinen ersten Zahn? \_\_\_\_\_
- Hatte der Patient Rachitis?  Ja  Nein

- Hatte der Patient einen Unfall, bei dem Zähne beschädigt wurden  
oder verloren gingen?  Ja  Nein
- Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_
- Hat der Patient gelutscht oder genuckelt?  Ja  Nein
- Wenn Ja, wie lange? \_\_\_\_\_
- Tut er es immer noch?  Ja  Nein
- Beißt der Patient auf die Zunge, Lippen, Bleistift oder Ähnliches?  Ja  Nein
- Wurden Mandeln und / oder Polypen entfernt?  Ja  Nein
- Wenn Ja, wann? \_\_\_\_\_
- War / ist der Patient in orthopädischer Behandlung?  Ja  Nein
- Leidet der Patient unter einer chronischen Erkrankung?  Ja  Nein
- Wenn Ja, unter welcher? \_\_\_\_\_
- Bekommt der Patient Cortisonpräparate?  Ja  Nein
- Hat der Patient einen Allergiepaß?  Ja  Nein
- Wurde bei dem Patienten ein AIDS-Test durchgeführt?  Ja  Nein
- Wenn Ja, mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_
- Bestanden oder bestehen andere Krankheiten als bisher aufgeführt?  Ja  Nein
- Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wurden in den letzten 12 Monaten Röntgenaufnahmen  
im Mund-Kieferbereich gemacht?  Ja  Nein
- Wenn Ja, wo? \_\_\_\_\_
- Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein
- Wenn Ja, in welchem Monat? \_\_\_\_\_

Für Ihre und unsere Sicherheit bitte ich Sie, uns sofort eine Änderung Ihres Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Ich versichere, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten, bzw. des Erziehungsberechtigten

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE**